

4°) Proposition de support de l'entourage:

IV – Spécialité demandée:
(nom de la spécialité inscrite au § 2880000) , compte tenu d'une posologie journalière maximale de 20 mg

V – Identification du médecin généraliste traitant (nom, prénom, adresse):

..... (nom)
..... (prénom)
..... (adresse)

VI – Identification du médecin spécialiste tel que visé au point a) 1. du § 2880000 du chapitre IV de l'A.R. du 21.12.2001) (nom, prénom, adresse, N°INAMI):

Je soussigné, médecin spécialiste:

- psychiatre
- neuropsychiatre
- interniste gériatre
- gériatre
- neurologue

confirme les différents éléments mentionnés ci-dessus.

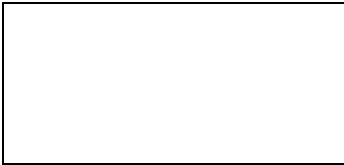
Je confirme également avoir transmis une copie du présent formulaire au médecin généraliste traitant dont l'identité figure au point VI.

..... (nom)

..... (prénom)

1 - - - (n° INAMI)

..... / / (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)

